



TITLE:

第19回中国・四国神経外傷研究会

AUTHOR(S):

CITATION:

第19回中国・四国神経外傷研究会. 日本外科宝函 1989, 58(1): 182-189

ISSUE DATE:

1989-01-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/203847>

RIGHT:

第19回 中国・四国神経外傷研究会

日 時 昭和63年9月10日(土) 午後1:00~午後6:30
場 所 島根厚生年金会館2階(牡丹の間)
世 話 人 島根医科大学整形外科 廣 谷 速 人

1) 経眼窩的穿通性損傷の2例

尾道市立市民病院 脳神経外科
重松 秀明, 田宮 隆
土本 正治
津山中央病院 脳神経外科
桜井 勝
香川県立中央病院 脳神経外科
松本 祐蔵

頭蓋穿通性損傷のうち、経眼窩的穿通性損傷は、外観の外傷も小さく頭蓋内病変が見のがされやすい。我々は庭木の支柱が下眼瞼より刺さり、頭蓋内へ穿通した2症例を経験した。

最初の症例は41歳の男性。庭で転倒し支柱で下眼瞼を損傷、その後意識障害をきたし救急来院した。来院時、眼球には損傷なく、視力、眼球運動も正常であったが、CTにて左前頭部に空気像及び異物を認めた。緊急開頭術を行ない、脳内より眼瞼の皮膚の一部と骨片を摘出した。

次の症例は78歳の男性で、最初の症例と同様に、庭で転倒し左眼瞼を庭木の支柱にて損傷、その後意識障害をきたし来院した。CTにて左前頭部に異物と血腫を認め、緊急開頭術を施行、血腫及び異物の摘出を行った。2例とも術後経過順調で、脳膿瘍や髄膜炎をおこすことなく独歩退院した。上記症例を呈示し、文献的考察を加えて報告した。

2) ガラス片による延髄損傷の1例

福山脳研 大田記念病院
脳神経外科
・高橋 一則, 佐藤 昇樹
滝沢 貴昭, 佐能 昭
村上 裕二, 大田 浩右
神経内科 高松 和弘

救急部 河村 武徳, 稲垣 優

頭蓋内異物や脊髄内異物などは、色々な物が報告されている。部位によっては致命的となる。今回、ガラス片が大後頭孔を貫通し、その先端が延髄に食い込んでいたもので奇跡的に助かった症例を経験した。

症 例: A. W. 24才, 女

現病歴: 1988年3月22日、朝起きたところ立ちくらみがして、ガラス戸に倒れかかったところ、頸部にガラスが刺さり、救急車で近医に搬入され、簡単に縫合処置を受け、外来通院していた。3月27日、発熱と頭痛があったが放置。3月30日抜糸したところ、著明な髄液の流出が認められ、単純写及びCT検査の後、紹介入院となった。希な症例と思われるので報告する。

3) 頭蓋骨膜洞(Pericranial Sinus)の1例

厚生連尾道総合病院 脳神経外科
門田 秀二, 渡辺 憲治
斎藤 裕次
全仁会高尾病院 脳神経外科
梶原 四郎

頭蓋骨膜洞は①先天性②外傷性③先天素因に基づく自然発生に分類される。板間静脈を介して静脈洞と交通している骨膜下または骨膜内の腫瘍をいい、稀なものである。症例) 30歳男性。10歳頃から左頭頂部の柔い腫瘍に気付く。めまい、羞明、耳鳴、複視、気分不良を訴え昭和63年4月5日尾道総合病院脳神経外科に紹介された。初診時、前屈時7cm×8cm大の左頭頂部頭皮下の柔い拍動性の腫瘍を認め、圧迫あるいは起坐によって容易に縮小する。同部に3cm×4cm大の頭蓋骨陥没部を認める。手術に際し、腫瘍直接穿刺により静脈血吸引できた。手術は腫瘍とそれに強く癒着している頭蓋骨をかじりとり、上矢状洞との交通部を

ビオポンドオキシセルで止血し、骨欠損部にはレジン板を充てんした。出血量は 3500cc。術後の経過は順調で、拍動、膨隆、陥没ともに消失した。病理学的に壁に endothelial lining を認め、先天性のものと思われた。

4) 小児上矢状静脈洞硬膜外血腫の 1 例

マツダ病院 脳神経外科

・井川 房夫, 吉原 高志

広島大学 脳神経外科

魚住 徹

上矢状静脈洞硬膜外血腫は、硬膜外血腫の0.8~11.8%を占めると言われるが、その大半は20~40歳である。幼小児では頭蓋骨と硬膜が癒着して剝離しにくい事、頭蓋骨自身が柔らかく陥没骨折を生じても粉砕骨折となることは少ないなどの理由から本血腫の発生は希であると言われる。今回我々は、8歳の男児の上矢状静脈洞急性硬膜外血腫を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。患者は自転車で転倒し右前頭部を打撲、5時間後に急激な意識の低下と痙攣を生じ、当院へ転送された。来院時意識レベルは200、左上下肢の運動障害、痙攣を認めた。CTにて両側前頭部にまたがる急性硬膜外血腫が認められ、ただちに拡大両側前頭開頭にて血腫除去術、多減圧術を施行した。出血源は上矢状静脈洞壁の Laceration であった。尚、本例は頭蓋単純写でも、また手術中の観察でも陥没骨折、線状骨折、骨縫合線の離開等は認めなかった。

5) 側頭部急性硬膜外血腫の術後に後頭蓋窩硬膜外血腫を来した 1 例

島根医科大学 脳神経外科

・関本 裕, 桑原 敏

益田赤十字病院 脳神経外科

永瀬 章博, 日下 正彦

右側頭部の急性硬膜外血腫術後に、同側の後頭蓋窩硬膜外血腫を来した 1 例を報告した。症例は38歳の男性。約 6 m の高さより転落し、10分間の意識喪失があり、1時間後に当科に搬入された。入院時意識レベルは I -1 (GCS15) で頭痛、後頭部皮下血腫、左耳出血を認めたが、その他神経学的には異常なかった。頭蓋単純写では、右側頭部より横静脈洞を横切り大後頭孔に達する線状骨折があった。CTにて右側頭部に硬膜外血腫を認めたため、右側頭開頭による血腫除去を施行した。出血源は中硬膜動脈であった。術後神経学的

には、術前と同程度であったが、術後8時間頃より不穏状態となり、頭痛、水平性眼振が出現したため、再度CTを行った。同側後頭蓋窩に硬膜外血腫を認めたため、後頭下開頭による血腫除去を施行し、出血源は横静脈洞であった。天幕上下におよぶ骨折を認めた場合、天幕上血腫除去による急激な圧解除で生じる天幕下硬膜外血腫も念頭に置く必要がある。

6) 急性硬膜外血腫術後に発生した他側急性硬膜外及び硬膜下血腫の 1 例

広島大学 脳神経外科

・栗栖 薫, 三上 貴司

向田 一敏, 沖 修一

魚住 徹

岡本病院 外科

岡本 祐嘉, 岡本 繁

山口 昌宏

症例は10歳男児で、主訴は激しい頭痛である。昭和63年3月16日交通事故にて受傷した。直ちに担送され意識レベルは1であったが、上記主訴以外他に神経学的に異常所見を認めなかった。頭蓋単純写では側頭骨岩様部に達する線状骨折と矢状縫合の哆開を認めた。頭部CTでは左後頭蓋窩硬膜外腔に空気を認めた。受傷3時間後に意識レベルが10と低下し、CTを再検すると、左半球にテント上下にわたる急性硬膜外血腫(EDH)が存在していた。緊急に開頭血腫除去術を施行し、術後新たな神経症状なく経過した。翌日CTを行うと、同側のEDHは全摘出されていたが、対側頭頂部に厚さ3cmのEDHが存在していた。再び緊急に開頭血腫除去術を施行したが、術中硬膜の膨隆が良好であった。よって硬膜切開を加えてみると厚さ1.5cmの急性硬膜下血腫が存在しており摘出した。出血源は頭頂部の架橋静脈であった。患者は何ら脱落症状なく、受傷25日目独歩退院した。

7) 中硬膜動脈が出血源となった急性硬膜下血腫の 1 治験例

岡山大学 脳神経外科

西条 寿一, 門間 文行

西本 詮

玉島中央病院 外科

竹丸 文夫, 村松 友義

松三 彰, 高越 秀明

急性硬膜下血腫の出血源はおもに脳挫傷及び橋静脈、静脈洞、脳表動脈等の損傷によると言われている。我々は頭蓋骨折により硬膜の断裂をきたし中硬膜動脈が損傷され、急性硬膜下血腫を作った例を経験したので報告する。症例は80才男性で、交通事故にて当院に救急来院した。来院時意識は昏迷状態であったが、徐々に意識状態の悪化をきたした。頭部単純撮影で右側頭骨および頭頂骨に線状骨折、頭部 CT 検査で右前頭側頭部に急性硬膜下血腫を、右頭頂後頭葉に軽度の脳挫傷を認めた。手術所見では、硬膜は頭蓋骨折と共に断裂され中硬膜動脈は硬膜断裂部で損傷し動脈性の出血をきたしていた。しかし硬膜外血腫は認められず、硬膜下血腫のみを認めこれを除去した (約 60 g)。脳表にはわずかに脳挫傷が存在したが、明らかな出血源は認められなかった。術後は急性脳腫脹や高度の脳浮腫等をきたさず経過良好で、受傷より約 3 カ月後車椅子にて退院した。

8) 皮質動脈破綻による急性硬膜下血腫の一例

山口大学 脳神経外科

○池田 典生, 林田 修
上領 俊文, 秋村 龍夫
青木 秀夫

脳挫傷を伴わず、皮質動脈の破綻により生じた急性硬膜下血腫の一例を経験した。

症例は50才男性。約3時間の経過で意識障害を主訴として入院。外傷の既往はなく、入院時神経学的に瞳孔不同 (右>左)、左片麻痺があり、CT にて右硬膜下血腫が認められ、直ちに減圧開頭血腫除去術を施行した。術中硬膜下に暗赤色非流動性の血腫を認め、血腫を除去すると下前頭回に分布する中大脳動脈皮質枝上面から pinpoint bleeding が見られた。出血点周囲のくも膜と硬膜とに癒着はなく、脳挫傷、くも膜下出血等も認められなかった。術後脳浮腫を来すこともなく、意識障害、麻痺は翌日には軽快した。20日後に頭蓋形成術を施行し、何ら神経学的脱落症状を残さず軽快退院した。

本例では皮質動脈硬膜枝の引き抜きが出血の原因ではないかと思われ、文献上、動脈破綻による急性硬膜下血腫14例のうち少なくとも9例は同様の機序によるものであった。

9) 急性硬膜下血腫の1例

—外傷性か、血管性か—

山口大学 脳神経外科

○岩本 哲明, 亀田 秀樹
阿美古征生, 青木 秀夫

山口大学 集中治療部

定光 大海

初診時には、外傷性硬膜下血腫と思われたが、その後、末梢性前大脳動脈瘤破裂によるものと考えられた急性硬膜下血腫を経験したので、若干の文献的考察を加え報告した。

症例は、68才、女性。半昏睡の状態で発見され、当院入院となった。CT 上、左前頭傍正中中部血腫、左前頭側頭部硬膜下血腫、左後頭葉側頭葉に広範な低吸収域及び、天幕下切痕部に限局したくも膜下出血が認められた。外傷によるものと考え、保存的治療を行っていたが、造影後 CT 上、左内頸動脈分岐部及び、前大脳動脈末梢部に動脈瘤を認めた。入院8日目に、誘因なく突発的な頭蓋内圧亢進と共に、両側瞳孔散大し、CT 上、硬膜下血腫の増大を認め、入院12日目に死亡した。

外傷性と血管性との鑑別は、CT のみでは困難であり、発症時の状況が不明な場合など疑わしい症例においては、造影 CT さらには血管撮影を施行すべきである。

10) 過去2年間の、外傷性急性硬膜下血腫の治療成績と、予後決定因子について

倉敷中央病院 脳神経外科

長尾 聖一, 魏 秀復
宇野 淳二, 西岡 達也
善積 秀幸, 藤田 雄三

頭部外傷中、急性硬膜下血腫は、近年の報告でも予後不良の疾患である。当施設で、昭和61年5月から、昭和63年3月までに加療した16例の外傷性急性硬膜下血腫につき、生命予後を左右する因子につき、検討を行った。死亡率は、37.5%で、1例以外、死亡例は全例、入院時の JCS で200以上、生存例は全例100以下であった。又、死亡例の CT 像では、血腫幅に比例しない、脳浮腫や、腫脹を伴い、脳幹周囲、脳底部槽にクモ膜下出血を認めた。生命予後左右因子として、①

二次性脳幹損傷の進行度、②一次性脳実質損傷の程度、③CT 上、検出不能な一次性脳幹損傷が考えられた。しかし、従来の外減圧術のみでは救命し得なかった例にも、バルビツレート療法併用により救命し得るものが、存在することも、今回の検討で明らかであった。二次的な不可逆的脳損傷に致る前に、バルビツレート併用療法を開始しなければ無意味であることは、言うまでもない。

11) 外傷性くも膜下出血後に発症した症候性脳血管攣縮の 1 例

益田赤十字病院 脳神経外科

妹尾 裕孝, 日下 正彦
永瀬 章博

比較的稀と考えられる遅発性外傷性脳血管攣縮の 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

症例は62歳の男性。昭和63年3月11日に 10 m の高所で作業中に誤って転落し、当院救急外来に搬入された。初診時、意識障害(Ⅱ-10-R)、強い後頭部痛、下肢完全対麻痺及び Th 6-7 以下での知覚障害が存在した。頸椎単純写で C5,6 椎体亀裂骨折を認め、頭部 CT でくも膜下出血と左脳室内出血があったが、同日施行した脳血管撮影(4-vessel study)では、動脈瘤等は見られなかった。対麻痺、意識障害は徐々に軽減したが、3月23日に、半昏睡の状態となり、左片麻痺が出現した。CT 上、脳室拡大があり、水頭症及び脳血管攣縮の両者の可能性を考え、脊髄腔ドレナージと血流改善療法を行ったが症状は軽減しなかった。4月1日の CT で右前大脳動脈領域に低吸収域が出現し、症状の極期を避けて4月7日に行った両側 CAG で、脳血管攣縮を認めた。

12) 外傷性脳室内出血37症例の検討

愛媛県立中央病院 脳神経外科

植田 敏浩, 佐々木 潮
大田 正博, 篠原 伸也
武田 哲二, 松井 誠二
善家喜一郎

昭和53年11月から、昭和63年5月までに当院にて経験した重症頭部外傷 498 例のうち外傷性脳室内出血を認めた37例(7.4%)について検討を加えた。症例は男

性28例、女性9例で、年齢は1~84歳(平均48.8歳)受傷機転として交通事故29例、転落事故9例であった。予後は Good: 6例, Fair: 9例, Poor: 4例, Dead: 18例であり、mortality は48.6%を呈した。CT 所見により症例を3群に分類した。

Type I: 脳室内出血のみ(5例), Type II: 脳室内出血以外に脳損傷を伴う(28例), Type III: 脳内血腫の脳室内穿破(4例)。予後は、死亡例が全例 Type II であるのに対して、Type I 及び Type III では比較的予後は良好であり、合併脳損傷の程度によって予後は決定されている。脳室内出血単独例では、今まで報告されている程予後は悪くない。また Type II では、脳挫傷とくも膜下出血を合併したものは予後不良であり、Type III では、全脳室に穿破したものが予後不良であった。

13) 高齢者慢性硬膜下血腫の検討

島根県立中央病院 脳神経外科

青山 秀行, 鮎川 哲二
山本 光生, 上家 和子
松田 保宏

慢性硬膜下血腫は比較的良好にみられる疾患であるが、その発生や増大機序についてはいまだに不明な点が多く、又、若年者と高齢者では臨床症状や血腫量などに違いがみられることが報告されている。そこで、1979年1月から1988年6月までに島根県立中央病院脳神経外科を受診した60才以上の高齢者慢性硬膜下血腫111例(60~69才: 38例, 70~79才: 46例, 80才以上: 27例)について検討し以下の結果を得た。なお20~59才の慢性硬膜下血腫44例を対照とした。1. 全年令において男に多いが、高齢者では女の比率が高かった。2. 高齢者では運動障害や意識障害がみられる症例が多かった。3. 高齢者ほど両側性の頻度が高かった。4. 高齢者ほど発症時血腫幅が大きい傾向がみられた。5. 高齢者ほど再貯留率が増加した。以上のことより高齢者では若年者と異なった病態を示しており、高齢者の慢性硬膜下血腫においては若年者と違った注意を要する。

14) 頭部外傷に合併した胚芽腫の一例

高知医科大学 脳神経外科

西村 裕之, 中井 邦博
有光 誠人, 有沢 雅彦
栗坂 昌宏, 森 惟明

受傷後、水頭症を合併し、経過中、CTscan 上両側前頭葉に嚢胞を形成し、外傷性孔脳症と診断され、手術時に生検を行った結果、胚芽腫と診断された症例を経験したので報告する。症例は18歳男性。15才の時汽車から転落し後頭部を打撲し、頭部外傷Ⅱ型と診断された。8ヶ月後、左側脳室拡大を生じ、水頭症の診断で左 V-P シャント術を施行した。さらに対側の側脳室拡大を生じ、モンロー孔閉鎖の診断下に V-P シャントを設置した。以後順調に経過していたが、8ヶ月後にけいれん発作が出現し、CTscan にて両側前頭葉に小さな円形の低吸収域を発見された。孔脳症の診断にて経過観察していたところ、両側の視力低下と視神経萎縮を生じたため、嚢胞の開放を目的に手術を行った。手術時、実質性の腫瘍を認め、迅速組織の結果、胚芽腫と診断された。現在、化学療法と放射線療法を施行し CTscan 上腫瘍の消失を認めている。

15) 外傷性両側末梢性顔面神経麻痺の一例

松江赤十字病院 脳神経外科

。吉川 正三, 吉本 尚規
大庭 信二, 太田 桂二
柴田 憲司, 高橋 勝

同

耳鼻咽喉科

浅生 宏, 門脇 秀夫

外傷性脳神経損傷のうち顔面神経麻痺の発生頻度が最も高いが、両側性の麻痺を起すことは非常に稀である。今回我々は外傷性両側末梢性顔面神経麻痺の一例を経験したので、本症例を報告するとともに発生機序について考察を加える。症例：64才男性、昭和63年1月12日、仕事に、転倒し頭部を左右より地面と鉄管ではさまれた。数十秒間の意識障害がみられ、当科を受診した。初診時、右頬部皮下血腫、両耳出血、髄液鼻漏と右末梢性顔面神経麻痺がみられた。また、頭部単純写にて右側頭骨骨折、CT にて頭蓋内に空気像がみられた。神経興奮性検査 (NET) は両側とも反応は良好であったが、翌日に左末梢性顔面神経麻痺も出現し、7日後には NET は両側とも消失していた。味覚も舌の前2/3の両側で消失していた。2月5日、2月19日と右、左の顔面神経減圧術を施行し、3月12日退院した。7月1日現在、両側とも中等度の顔面筋麻痺の改善がみられる。

16) 顔面神経の変性膨化と絞扼麻痺

高知医科大学耳鼻咽喉科学教室

。西山 正司, 齋藤 春雄

外傷性顔面神経麻痺における減荷術施行の時期、減荷部位を明らかにする目的で、モルモットを用い顔面神経に部分切断及び全切断を行い、膨化の経過を観察した。

1/2以上の切断では、初期膨化のピークは5～7日目に現れ、14日目には終了した。1/4切断では、膨化の期間は短く、程度も小さかった。初期膨化が最大となるのは、全切断の7日目で、コントロールの約2.14倍となることが分かった。Ogawa and Sando が報告した人における顔面神経と神経管の面積のデーターと比較検討すると、94%例において、何れかの部位で、特に迷路部と鼓室部で、膨化した神経の面積が神経管の面積を越えることとなる。

以上より、1/2以上の切断を来すような強い外傷性顔面神経麻痺では、受傷後5～7日までの出来るだけ早期に減荷術をする必要がある。迷路部と鼓室部は顔面神経管に占める神経の割合が大きく、初期膨化により、entrapment を受けやすいため減荷部位として重要である。

17) 両側性外傷性動眼神経麻痺の1症例

市立宇和島病院 脳神経外科

。藤田 仁志, 中野 敬
大杉 保, 久門 良明

愛媛大学医学部 脳神経外科

松岡 健三

良好な経過をとった両側性一次性外傷性動眼神経麻痺を経験した。

症例は60歳男性。転落事故で来院し、瞳孔は散大・対光反射消失・意識レベル2～3 (JCS) であった。四肢の運動麻痺は明らかでなかった。しかし、両眼ともに開眼は不可能で、右眼は内転・上転・下転が障害されており、外転は可能。左眼球運動は全方向ともに障害されていた。頭部 X-P で頭蓋骨・頭蓋底骨折を認め、頭部 CT でくも膜下出血を認めた。

経過：保存的治療を行なったが、2ヵ月後には眼瞼下垂がほぼ改善し、約3ヵ月後には眼球運動障害は改善した。

右動眼神経の障害部位は Tentorial gap 部が、左動

眼神経では海綿静脈洞部から上眼窩裂部が疑われた。外傷性動眼神経麻痺の機能予後は極めて悪いと言われているが、3年を経過し、眼瞼下垂・眼球運動は全快している。しかし、瞳孔障害は残存している。

18) 外傷性動眼神経麻痺12例の検討

香川労災病院 脳神経外科

・伊藤 隆彦, 吉野 公博
藤本俊一郎

川崎病院 脳神経外科

中川 実

外傷性動眼神経麻痺は、比較的軽微な頭部外傷によっても起こりうる。我々が経験した外傷性動眼神経麻痺12例をもとに、受傷部位、神経損傷部位、予後について検討した。症例は、男性3例、女性9例で、年齢は41～76歳、平均55歳であった。受傷時の意識レベルはGCSで3～7が1例、8～11が2例、12～15が9例であったが、治療後は現在入院中の2例を除き、全例がGCS15となっている。受傷部位は、前頭部2例、前頭側頭部2例、側頭部5例、側頭後頭部1例、不明2例であり、動眼神経麻痺は、側頭後頭部打撲の1例が外傷と反対側であった以外は全例同側に出現した。CT所見から推測した神経損傷部位は、中脳髄内損傷2例、dural gapでの損傷4例、海綿静脈洞硬膜貫通部での損傷1例、不明5例であった。全例に保存的治療を行い、動眼神経麻痺の経過はgood 5例、fair 4例、poor 3例であった。神経損傷部位と意識障害の程度、動眼神経麻痺の回復度に関連性はなかった。

19) 外傷性浅側頭動脈瘤・動静脈瘻の一例

水島中央病院 脳神経外科

秋岡 達郎

高知脳神経外科病院

有光 哲雄

症例：55歳、男性。昭和63年3月19日、交通災害にて頭部を打撲。初診時、意識障害はみとめられず、右側頭部に切創があり縫合処置を行った。頭部CT、単純写にて特記すべき所見はみられず、受傷2週間後に、右側頭部の切創瘢痕部に拍動性腫瘤が生じ、拍動性膨隆は浅側頭動脈を圧迫すると消失し、放すと再膨隆した。血管撮影を行って、浅側頭動脈を親動脈とする動

脈瘤、浅側頭静脈を流出静脈とする動静脈瘻を確認した。局麻下に動脈瘤を切除した。摘出標本は、組織学的に動脈瘤壁はorganizing granulation tissueで、内腔に接する部分には、epithel等はみられず、pseudo-aneurysmであった。

外傷性浅側頭動脈瘤は、器質化した血腫塊が動脈内腔と交通を持った状態とされているが、本症例のように動脈瘤が浅側頭静脈に瘻を形成している例は報告がみられない。若干の文献的考察を加えて報告した。

20) 外傷性内頸動脈閉塞の1例

香川医科大学 脳神経外科

本間 温, 岩佐 綱三
藤原 敬, 伊藤 輝一
長尾 省吾, 大本 堯史

頭部外傷に合併した比較的稀な外傷性内頸動脈閉塞の1例を報告した。症例は52才男性で、伐採作業中斜面を転落、前頭部を強打し受傷した。初診時、頭部に明らかな外傷を認めず、意識傾眠で左不全片麻痺を呈し、CTにて右前頭葉内血腫を認めた。保存的治療にて翌日には意識清明となり片麻痺も消失したが、第6病日に右頭頸痛を訴え、右Horner徴候、左片麻痺、意識障害を呈した。CTにて新病変は認めず血管撮影にて、右頸部内頸動脈のtapering occlusionを認めた。第7病日に右瞳孔拡大が出現、CTにて右半球の広汎な浮腫性腫脹を認めたため減圧開頭術を施行し救命した。本例は頭部を打撲した際、頸部の過伸展により内頸動脈の損傷を生じたものと考えられた。軽微な頭頸部外傷においても、潜伏期を経て出現する神経症状に対し、CTにて症状に対応した所見が得られない場合は本症を常に念頭に置き、急性期といえども血管撮影を行なう必要性が強調された。

21) 外傷性椎骨脳底動脈循環障害 一症例報告一

済生会山口総合病院 脳神経外科

・長光 勉, 安達 直人
山下 勝弘, 湧田 幸雄

椎骨脳底動脈閉塞症の原因として閉鎖性外傷によるものが近年増加している。特にカイロプラクティックの普及とともにわが国でもこれによる小脳梗塞の報告が散見される。我々もカイロプラクティックによる小

脳梗塞の一例と頸部過回旋後に発生した椎骨動脈狭窄の一例を経験したので報告する。(症例-1) 36歳, 男性, カイロプラクティックにて環状付付近を圧迫したとき突然めまい, 嘔吐を生じ来院。神経学的には軽度右小脳症状を認め, CT にて右小脳半球に低吸収域を認めた。血管造影では異常所見を認めず, 内科的療法により神経学的症状を残さず退院した。(症例-2) 41歳, 男性, 水泳中(クロール)頸部を過度に回旋した際, 左上下肢のしびれ感, 筋力低下をきたし来院。神経学的にはワレンベルグ症候群を呈し, 脳血管造影にて左椎骨動脈の狭窄を認めた。内科的治療にて半身の知覚低下を残し退院した。

22) 小児外傷性脊髄損傷の1例

香川医科大学 脳神経外科

・溝渕 雅之, 河井 信行
三野 章典, 長尾 省吾
大本 堯史

我々は病変部位の確定診断に MRI が有用であった小児の外傷性上位胸髄損傷の1例を経験したので, その MRI および放射線学的所見, 受傷機転につき文献的考察を加え報告する。症例は3才男児で, 乗用車にはねられ8時間後より傾眠となり瞳孔不同も出現したため当科紹介された。来院時, 両下肢不全麻痺(左>右), 左下肢腱反射消失, 両側拳握筋反射消失等が認められ, 14時間後には完全対麻痺で Th₅ 以下の知覚障害が明らかとなったが, 脊椎単純写, myelography, CT myelography では, はっきりした病変は描出できなかった。2週後の MRI にて第2, 第3胸髄レベルでの, cord contusion と判明し, 以降も Th₂ レベル以下の知覚障害が持続した。2か月後の MRI にて同部の著明な萎縮を認めた。小児期の椎体, 靱帯の高い弾力性に比し脊髄は神経根, 叢に固定されているため, 外力により脊髄のみならず血管への損傷も加わり, そのための虚血が症状増悪に関与していると考えられる。

23) 外傷性環軸椎脱臼骨折の一例

上位頸椎椎弓切除後の新しい後方固定術

鳥取大学 脳神経外科

美津島 穰, 西山 誠

渡辺 高志, 堀 智勝

症例は19歳男性。交通事故にて受傷し, 左上肢骨折と右下頸骨折を認めたが, 神経学的には軽度意識障害のみであった。その後, 努力呼吸の出現, 四肢麻痺の進行を認め, 放射線学的に歯突起骨折をみとめる上位頸髄損傷と診断した。直ちに Gardner Wells' traction にて脊柱管の alignment の整復は得られたが, 神経学的改善はわずかであった為, 後頭骨の一部を含んで C₁, C₂ の laminectomy による外減圧を施行した。数日にて, 四肢麻痺はほぼ回復し, 2週間後, 腸骨半層移植骨片を用いた後頭骨上位頸椎後方固定術(C₁とC₂の椎弓間を2本の細骨片で atlantoaxial fusion し, さらに, 後頭骨と C₃ 間を長骨片の一枚板法で occipitocervical fusion を combind させる方法)を独自の方法で施行し, 同時に Halo vest で12週間装着固定させた。神経学的異常および不安定性もなく, 現在はネックカラーシーネにて通院中である。頸部可動制限は認めるが, 本人は日常生活の支障を訴えていない。

24) 頸椎後縦靱帯骨化症における頸髄障害の治療について

山口大学 整形外科

田口 敏彦, 河合 伸也
小田 裕胤, 斉鹿 稔

頸椎部後縦靱帯骨化症(OPLL)の中には, 頭頸部への軽微な外傷で発症する症例があり, 外傷を契機にしているだけに, その治療法の選択に難渋することが多く, 本症への対応について検討した。対象は, 術後調査が可能であった OPLL 79例で, 頭頸部への軽微な外傷が契機となって脊髄症状が出現した外傷群18例と, 誘因なく発症した非外傷群61例について, 両群の術後成績を比較した。非外傷群では, 外傷群に比して退院時の成績も良好で, 調査時もその成績は維持されて安定しているのに対して, 外傷群ではその成績が劣る。外傷群は, その経過より2群に分類することができ, 1つは受傷前の状態に改善した後, 再び症状が増強する群で, これらに対しては, 非外傷群と同様の治療方針でよいと考えられるが, もう1つの受傷前の状態に改善しないうちに平行状態となる群に対しては, 将来症状が悪化すると考えられる症例については, 予防的見地からの除圧術を考慮する必要がある。

25) 骨粗鬆を基盤とした胸腰椎々体の圧潰骨折による脊髄麻痺の症例

山口大学 整形外科

坂本 正, 河合 伸也

小田 裕胤, 田口 敏彦

高齢者の脊椎圧迫患者は多いが, Burst fracture を生じ, 脊髄麻痺を来すことは稀である。最近当院ではこの様な症例を2例経験し, 手術により良好な結果が得られたので, 症例を報告し, 治療上の問題点, 方針について検討した。

脊髄麻痺の増悪傾向が認められれば, 早期の手術が望ましいが, 適否にあたっては年令, 全身状態, 日常生活活動等を勘案する事も重要である。除圧手術としては, 確定診断がなされ, 圧迫している骨片を除去できる事より前方法を採用し, 同時に固定術を併用するのが望ましく, 後方除圧は後彎を進行させるので, むしろ禁忌である。強固な固定性を, Instrumentation にて得る事は, 骨粗鬆の為に適応されにくい。

基盤としての骨粗鬆があり, 更に術後の精神症状や褥創を予防する為にも, 外固定を強固にして早期に離床し, リハビリを開始する事が重要である。

26) 多発外傷を伴う脊椎脊髄損傷の治療 —胸椎胸髄損傷に対する前後方同時侵入法—

三豊総合病院 整形外科

・十河 敏晴, 遠藤 哲

高橋 昌美, 橋 敬三

同 外科

大屋 崇

同 脳神経外科

馬場 義美

同 麻酔科

橋 寿人

脊椎脊髄損傷に多発外傷を伴う事は多く, 来院時には全身状態は重篤であり, ほとんどの場合ショック状態を呈している。その対応には, 各科スタッフの協力のもとに, まず救急救命処置によりショック状態からの離脱を計り, 同時にすみやかな全身状態の分析が要求される。次に重篤な全身状態の中で, いつ外科的処置を行うかの判断が大切であり, やたら輸血, 補液等にたよる事なく適切な処置を施さねば, 増々状態は悪化する。続いて全身状態の改善を計った上で, いかに脊椎脊髄損傷を対処するかが問題となってくる。

当院における多発外傷を伴う脊椎脊髄損傷は, 過去4年間4例であり, 血気胸, 肺損傷を伴うもの4例, 脳挫傷を伴うもの1例であり, いずれも胸椎胸髄損傷であった。出来る限りの早期離床を計るためには, 強固な内固定を行う必要があり, 術式の選択として, 前後方同時侵入法にて, 後方 Harrington Instrumentation と前方除圧及び固定を併用している。以上につき考察を加え述べる。